



GR - Giunta Regionale del Lazio
39 - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
15 - Area Rete Ospedaliera e Specialistica

Direttori Generali
ASL
e, p.c. ANISAP

Oggetto: Emergenza COVID-19: attività laboratorio analisi e attività ambulatoriali strutture private accreditate

Facendo seguito alle richieste di chiarimenti pervenute in merito all'oggetto, si rappresenta che in relazione alla situazione attuale di emergenza epidemiologica, le strutture accreditate presenti sul territorio delle Aziende Sanitarie, possono rimodulare le proprie attività in termini di orari di apertura al pubblico dei servizi e sulla tipologia di servizi da erogare.

In analogia a quanto indicato con nota regionale n. 218196 del 11.3.2020, allegato 1, alle strutture pubbliche in relazione alla riduzione delle attività di medicina specialistica ambulatoriale, si ritiene opportuno salvaguardare l'erogazione di prestazioni indifferibili, di dialisi, oncologia (visite e prestazioni strumentali di *follow up*) e ostetriche non differibili.

Le strutture possono rimodulare la loro attività, riducendola ma prevedendo un'attività di segreteria per la valutazione di richieste, da parte degli utenti, di prestazioni indifferibili. Prima dell'erogazione della prestazione, la struttura dovrà effettuare un pre *triage* per la rilevazione dei casi sospetti, allegato 2 (Scheda di valutazione iniziale - Ordinanza del presidente n. Z00009 del 17.3.2020).

Il personale sanitario e gli utenti che afferiscono devono osservare le misure di contenimento del contagio, come indicato nell'Ordinanza del Presidente n. Z00003 del 6 marzo 2020.

Le strutture accreditate dovranno comunicare alle ASL di appartenenza, ed alla Direzione Regionale Salute, la rimodulazione dell'orario che potrà subire variazioni a seconda dell'andamento dell'emergenza epidemiologica. Cordiali saluti.

Dirigente Ufficio programmazione e
verifica attività specialistiche, libera professione e
governo delle liste di attesa

Monica Foniciello

IL Dirigente dell'Area
Rete Ospedaliera e Specialistica

Giuseppe Spiga

IL DIRETTORE REGIONALE

Renato Botti

Allegato 2 - SCHEDA DI VALUTAZIONE INIZIALE

NEI 14 GIORNI PRECEDENTI	
Sei stato/a all'estero?	☐ NO ☐ SÌ Dove (indicare lo stato estero)? _____ Data inizio permanenza _____ Data di rientro: _____ ☐ NON RICORDO
Sei stato in altre regioni italiane?	☐ NO ☐ SÌ Dove? _____ Data inizio permanenza _____ Data di rientro: _____ ☐ NON RICORDO
Hai avuto contatti (PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI) con casi accertati di COVID-19?	☐ NO ☐ SÌ
Hai avuto contatti con persone che hanno fatto il tampone?	☐ NO ☐ SÌ
Hai avuto contatti con familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?	☐ NO ☐ SÌ
Sei stato/a a contatto con persone sottoposte a quarantena?	☐ NO ☐ SÌ
Sei stato/a contatto con persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni?	☐ NO ☐ SÌ
Hai avuto contatti con persone con:	
Tosse	☐ NO ☐ SÌ
Febbre	☐ NO ☐ SÌ
dolori muscolari	☐ NO ☐ SÌ

difficoltà respiratorie	☐ NO ☐ SÌ
Se hai risposto SI ad uno dei precedenti quesiti sui contatti:	
Sei un familiare convivente?	☐ NO ☐ SÌ
Sei un collega di lavoro?	☐ NO ☐ SÌ
Siete stati a contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro) (ristorante, pub, feste private, ecc)?	☐ NO ☐ SÌ
Hai dovuto accedere ad una struttura sanitaria?	
Ospedale si/no	☐ NO ☐ SÌ ☐ PER QUANTO TEMPO
Ambulatorio/casa della salute si/no	☐ NO ☐ SÌ ☐ PER QUANTO TEMPO
Studio del MMG/PLS si/no	☐ NO ☐ SÌ ☐ PER QUANTO TEMPO _____
Altro	☐ NO ☐ SÌ ☐ PER QUANTO TEMPO _____
Sei stato ricoverato per COVID-19?	☐ NO ☐ SÌ
Hai altri problemi di salute?	☐ NO ☐ SÌ ☐ QUALI _____
Prendi farmaci?	☐ NO ☐ SÌ ☐ QUALI _____
Al momento hai	
Tosse	☐ NO ☐ SÌ
Febbre	☐ NO ☐ SÌ ☐ TEMPERATURA

dolori muscolari	☐ NO ☐ SÌ
difficoltà a respirare	☐ NO ☐ SÌ
Vomito	☐ NO ☐ SÌ
Diarrea	☐ NO ☐ SÌ
Hai fatto il vaccino per l'influenza?	☐ NO ☐ SÌ
Hai fatto il vaccino per la polmonite?	☐ NO ☐ SÌ

Copia